



Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique

Marc Lorient

► To cite this version:

Marc Lorient. Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique. EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézières. Groupe de travail sur l'éthique, May 2012, Charleville Mézières, France. halshs-00702612

HAL Id: halshs-00702612

<https://shs.hal.science/halshs-00702612>

Submitted on 30 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La façon dont les sociologues envisagent les questions d'éthique à l'hôpital ou dans d'autres secteurs professionnels diffère de celle des philosophes ou des éthiciens en sens qu'il ne s'agit pas de définir de façon abstraite un certain nombre de valeurs et de règles idéales, mais plutôt de partir des contraintes et des conditions objectives que rencontrent les soignants dans l'exercice de leur pratique au quotidien pour comprendre les attitudes de chacun. L'idéal éthique des soins infirmiers, place le respect de la dignité et de l'autonomie du malade, ainsi que la sollicitude et l'engagement des soignants au cœur au cœur des valeurs, mais comment cela est-il mis ou non en œuvre concrètement ?

Max Weber, un des fondateurs de la sociologie, estimait que le scientifique doit rejeter tout jugement de valeur, mais que cela ne doit pas l'empêcher de comprendre le rapport aux valeurs des personnes étudiées, c'est-à-dire comment elles se forment leurs règles morales, comment elles définissent ce qui est bien ou mal en fonction de la situation, des contraintes, des échanges avec les collègues, etc. Pour Anne Paillet, il faut aborder l'éthique en acte et non l'éthique en débats.

Certains problèmes dans les services sont d'autant plus compliqués à résoudre qu'ils sont placés sur le registre de la Morale, avec un grand M, alors qu'ils pourraient être lus en termes de conflits organisationnels, n'impliquant pas de dénoncer « l'immoralité » des uns ou des autres.

On peut prendre l'exemple conflit avec un cadre de santé (une surveillante) autour des remplacements de collègues en congés : accusations morales (vieille fille sans cœur contre jeunes désinvesties) et accusation de harcèlement « moral » alors qu'il s'agit d'une question d'organisation et de moyens.

Bien sûr, certaines personnes ont des valeurs plus fortes, une moralité plus affirmée que d'autres, mais ce point n'est pas ce qui intéresse en premier les sociologues. En gros, les sociologues ont exploré deux voies de recherches sur l'éthique en acte. La première s'intéresse à l'histoire familiale, professionnelle ou autre des personnes pour comprendre comment leur passé joue sur leur conceptions morales actuelles (par exemple, une fille de commerçant, devenue directement IDE, mariée, catholique, mère de quatre enfants, ne réagira peut-être pas de la même façon qu'une mère célibataire d'un enfant, athée, ancienne aide soignante, face à une patiente difficile venue avorter). La seconde s'intéresse plutôt aux effets de situation et de position sociale, aux dynamiques de groupe pour définir, de façon explicite ou implicite, les normes professionnelles, les règles de métier, le jugement à porter sur telle ou telle situation. C'est cette deuxième voie, plus difficile à saisir, mais très importante, que je veux développer dans cet exposé.

I - Normes collectives et règles de métier dans les services.

Je voudrais commencer mon intervention par une relecture critique des théories psychologiques du *burn out* ou épuisement professionnel. Cette théorie est intéressante pour ce qu'elle nous dit, mais aussi pour ce qu'elle ne dit pas et permet d'introduire de façon intéressante la question de l'éthique à l'hôpital. En résumé, la théorie du *burn out* explique que si un soignant s'investit trop, notamment émotionnellement, auprès des malades dont il a la charge, il risque d'épuiser ses réserves d'énergie et d'empathie. Afin de se protéger d'un épuisement total, il va donc peu à peu se désinvestir de la relation jusqu'à déshumaniser le malade, c'est-à-dire le considérer comme une chose plutôt que comme une personne. Ce faisant, il perd ce qui fait la richesse et l'intérêt de son métier, la fierté de faire un travail de qualité, c'est ce que les psychologues appellent la « perte d'accomplissement

professionnel ». Pour éviter cela, le soignant doit trouver la juste distance entre trop et trop peu dans la relation. Mais qu'est-ce que ce « trop » ou ce « trop peu » d'implication dans la relation, qu'est-ce que s'investir suffisamment pour être un bon soignant qui ne s'épuise pas mais peut continuer à être fier de son travail. On peut considérer cela comme une question d'engagement et de morale personnelle par rapport à ce qui serait une norme morale universelle : « telle type de prise en charge est suffisamment bonne dans l'absolu ».

Mais la réalité est plus complexe et l'expérience et l'observation montrent que ce bon niveau d'engagement dépend à la fois du contexte, de l'organisation et des moyens disponibles, mais aussi de normes collectives validées par le groupe de travail, des représentations sociales en vigueur dans le service.

Pour expliquer cela, je prendrai l'exemple des soins palliatifs : La mort n'y est plus vue comme un échec, le succès est redéfini comme un accompagnement vers « une mort apaisée » avec une douleur contrôlée, le patient est sensé passer par plusieurs étapes (choc, déni, colère, marchandage, dépression) avant l'acceptation. Dans les services pionniers, les moyens en effectifs, en locaux et matériel, mais aussi la sélection des soignants et des patients faisaient que ce type d'accompagnement pouvait marcher suffisamment souvent pour que les infirmières aient le sentiment de faire un bon travail, de pouvoir suffisamment mettre en accord leurs valeurs morales (l'impératif moral de tout faire pour soulager le malade) et leur actes.

A l'inverse, dans des petits hôpitaux locaux (peu de moyens, sous effectifs, malades âgés déments au pronostic incertain...), où les soins de base (repas, changes, peuvent à peine être assurés), les infirmières qui avaient suivi une formation en soins palliatifs étaient encore plus en souffrance, une souffrance éthique, une culpabilisation, parce qu'elles mesuraient encore plus que les autres l'écart entre la prise en charge idéale et celle qu'elles pouvaient effectivement mettre en œuvre.

Par comparaison, la représentation que se font les soignants des patients dans les services de soins palliatifs, révèle, au moins dans les discours, un processus d'inversion des valeurs : la mort se voit en effet chargée d'une certaine dimension positive, le mourant est investi d'un savoir, d'une expérience, dont ne disposerait pas le commun des mortels (Castra, 2003). Le contact avec les mourants peut alors être présenté comme « enrichissant », voire intéressant pour le personnel soignant. Les groupes de paroles et les discussions informelles dans l'équipe peuvent jouer un rôle dans le partage de cette croyance. A l'inverse, dans des petits hôpitaux locaux, la mort de patients (souvent connus des soignants en dehors de l'hôpital) est toujours vécue comme pénible.

Le même mécanisme est aussi à l'œuvre dans les services recevant un grand nombre de SDF comme les urgences et surtout les différents services de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre : « Q : Est-ce que la population particulière soignée ici à Nanterre est source de fatigue ou de stress ? R : Au départ, oui. Quand on est jeune diplômée, qu'on n'a jamais côtoyé les hôpitaux, qu'on n'a jamais côtoyé cette population, c'est vrai que c'est dur ! Moi, au départ, ça a été dur. Je me suis demandée où j'étais tombée quoi, en gros. Et après, on prend l'habitude du contact avec ces personnes. Elles ne sont pas du tout déplaisantes, bien au contraire... C'est même très plaisant de travailler avec eux, je pense. C'est vrai qu'en dialoguant avec eux, on apprend énormément de choses. Donc, une fois qu'ils sont biens rétablis, parce qu'ils viennent souvent pour la même pathologie, on peut dialoguer avec eux et c'est vrai qu'ils sont très intéressants. On apprend pourquoi ils sont dans cet état là... C'est enrichissant, quand même. Ils sont agréables à parler, sauf certains, bien sûr ! La plupart, on peut parler avec eux et c'est intéressant. Et ils ne demandent que ça, en fin de compte. Et le peu qu'on leur apporte, ça leur apporte beaucoup de choses pour eux alors que nous, on a l'habitude de faire tout ça tous les jours, que ça soit à eux ou à d'autres gens. Mais pour eux, c'est beaucoup. » « Moi, je sais que j'aime beaucoup mes petits sans domiciles » (infirmières, hôpital Max Fourestier à Nanterre). Je n'ai

jamais entendu ça dans les services d'urgences d'autres hôpitaux où les SDF peuvent aussi être nombreux.

L'éthique professionnelle exige que tous les patients soient traités et pris en charge de la même façon, le clochard extrêmement sale et agité comme le boulanger calme et poli. Or, comme le montre l'exemple de l'hôpital Max Fourestier, cela n'est possible qu'à certaines conditions (partage dès l'IFSI des mêmes représentations des SDF, personnel habitué, plus formé et plus nombreux, encouragement et reconnaissance par la direction à l'époque des efforts réalisés pour la prise en charge de ce public, soutien, par exemple avec le recrutement d'un anthropologue pour travailler avec les soignants, etc.)

Les soignants cherchent donc, de façon formelle ou informelle, souvent collectivement, à faire correspondre le plus possible, leurs pratiques quotidiennes et leurs valeurs professionnelles. Mais ils peuvent se heurter à d'autres conceptions du travail bien fait, de la qualité et de la valeur des soins. De part leur formation, mais aussi du fait de leur position dans la division du travail hospitalier, médecins, infirmières, aides-soignantes, gestionnaires ne partagent pas forcément les mêmes points de vue, les mêmes objectifs. D'où de possibles conflits et rapports de force pouvant prendre des formes très différentes d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre.

Par exemple, dans les services de neurologie (comme ceux étudiés par Carine Vassy, Françoise Gonnet ou moi-même), les soignants (infirmières et aides soignantes) perçoivent les malades fortement dépendants ou déments (scléroses en plaque en phase terminale, Alzheimer, etc.) comme une charge physique et émotionnelle lourde qui rend impossible un bon travail infirmier, une prise en charge de qualité de chaque malade, dès lors que leur proportion dans le service est trop élevée. Pour les médecins, au contraire, la présence de ces malades permet d'avoir des sujets à faire entrer dans les protocoles de recherche en cours ; il est donc de leur intérêt, pour faire progresser la science et améliorer les traitements futurs notamment dans les services impliqués dans la compétition mondiale et la recherche de pointe, d'en admettre le plus possible dans le service. Mais les médecins, peu présents dans les services, sont relativement dépendants des soignants pour l'obtention d'informations fines concernant l'évolution de l'état des malades (comment ils réagissent aux modifications de traitement ou de posologie) indispensables à leurs recherches. Un « quota » de malades difficiles peut donc être plus ou moins imposé par les soignants aux médecins.

La situation est différente dans les services de réanimation pédiatrique étudiés par Anne Paillet. Dans ces services médecins et infirmières s'opposent à propos de ce que ces dernières qualifient « d'acharnement thérapeutique », mais que les médecins conçoivent comme un moyen incontournable de faire progresser la recherche. Pour eux, continuer à essayer de sauver un enfant malgré un pronostic vital très faible, c'est se donner les moyens de mieux connaître les pathologies et les techniques de réanimation pour – à terme – pouvoir sauver des malades aujourd'hui incurables. Pour les infirmières au contraire, prodiguer des soins douloureux et vécus comme inutiles à des enfants en grande souffrance est vécu comme particulièrement pénible émotionnellement. Mais le rapport de force est différent dans la mesure où les médecins sont plus présents dans le service et au lit du malade et sont ainsi moins dépendants des informations des soignantes. Celles-ci ont donc plus de mal à faire valoir leur point de vue et ont peu de moyens de limiter l'ampleur de l'acharnement thérapeutique. Elles ne peuvent qu'en gérer les conséquences psychologiques à travers la psychologisation et la médicalisation de leur mal-être, les services de réanimation pédiatrique ayant été parmi les premiers à mettre en place des groupes de parole et un suivi psychologique des soignants.

Un mauvais esprit pourrait suggérer que ce que chaque groupe considère comme « bien », moralement souhaitable et comme guide dans les choix éthiques se rapproche de ce qui est bon pour les membres du groupe : des conditions de travail moins pénibles pour les infirmières, des occasions

de faire avancer leur carrière pour les médecins. En fait, la plupart des salariés (et plus particulièrement ceux qui travaillent dans les secteurs qui prennent en charge d'autres êtres humains), ont à cœur de bien faire et de voir leur engagement reconnu par leurs pairs. Ainsi, plaisir au travail et travail bien fait, soucis de la qualité, du service rendu doivent aller de pair. Toutefois, cet équilibre collectif est fragile et peut être remis en cause par des réformes qui ignoreraient les représentations et les valeurs que les soignants investissent dans leur travail.

II - Défi et contraintes liées aux réformes et à la maîtrise des dépenses de santé

La capacité à mettre en œuvre un certain niveau de soins dépend largement des moyens mis en œuvre, du temps et des personnels disponibles. Les réformes hospitalières en proposant une lecture du travail de soins en termes de performances mesurables, d'indicateurs quantifiables, déstabilisent tant les habitudes de travail que les repères des soignants qui ont ainsi parfois le sentiment de « perdre leur métier ». Ce point sera abordé à partir de plusieurs aspects (par exemple, réduction des temps de transmission et de discussion informelles, risques de conflits dans les équipes, montée du travail « administratif » et baisse du temps passé au lit du malade, l'augmentation de la charge de travail, etc.).

Depuis une dizaine d'années, la fonction publique est soumise à un management par objectifs quantifiés (LOLF, RGPP), une évaluation de l'activité et des résultats sur la base d'indicateurs quantitatifs définis à l'avance (par exemple : taux d'élucidation des enquêtes pour la police ; pourcentage d'appels téléphoniques ayant reçu une réponse précise ; taux de réussite au bac ; nombre de visites du site Internet, etc.). Les maîtres-mots sont performance, rationalisation, efficience... Dans le domaine hospitalier, ce programme a pour noms : plan Hôpital 2007, mise en place progressive de la tarification à l'activité (t2a), certification, évaluation des pratiques professionnelles, responsabilité accrue au directeur, rôle croissant des indicateurs d'activité et de performance, exigence absolue « d'équilibre » budgétaire.

La notion d'efficience, au cœur des réformes, s'applique pourtant particulièrement mal aux activités d'aide et de soins aux personnes. Ce concept économique désigne le rapport entre les facteurs de production engagés et la production (biens ou services) qui en résulte. Une politique d'augmentation de l'efficience suppose alors de pouvoir mesurer de façon simple et univoque ces deux termes. Pour les économistes l'intérêt de mettre en place un système de rémunération à l'efficience décroît ainsi avec la difficulté de mesurer les résultats dans des situations de concurrence pour les ressources rares que constituent les moyens, le temps et l'attention des agents. Si l'on ne peut pas mesurer précisément la valeur de ce qui est produit ni l'ensemble des coûts de production, une politique qui ne serait fondée que sur l'efficience produirait de nombreux effets pervers, contraires aux objectifs recherchés.

Soigner n'est pas atteindre un standard univoque et simple car il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ; on ne peut pas attribuer une valeur standard et sanctionnée par le marché (premier choix, deuxième choix, rebut...) au service. Dès lors, le niveau de soin et de confort « acceptable », les efforts attendus pour tel ou tel type de malades, dépendent de normes sociales, d'arbitrages locaux, de choix, de valeurs qui ne sont pas commensurables. Il y a 60 ans, il y avait encore des hôpitaux avec des salles communes pour les malades. Aujourd'hui, cela serait jugé inacceptable. De même, les infirmières religieuses du XIXe siècle avaient parfois tendance à rudoyer, pour le « bien » de leur âme, les filles mères ou malades vénériens.

Le soin repose sur une relation dont la qualité n'est pas homogène et est très contingente aux situations, aux contextes de travail, aux configurations de personnalités en présence. Le résultat du travail des soignants dépend donc de variables qui ne sont pas toutes maîtrisées ou prises en compte. Par exemple, les hôpitaux publics (qui en plus assument une fonction de formation)

reçoivent, en moyenne, beaucoup plus de malades connaissant de difficultés économiques et sociales lourdes et présentant des pathologies complexes et rares que les cliniques privées, il est donc logique que leurs coûts soient supérieurs. De même, l'environnement de l'hôpital (quartier difficile ou lieu de résidence de personnes de haut niveau socioculturel, par exemple) joue un rôle dans la façon dont le travail produit ses effets (plus ou moins d'observance des prescriptions, de respect de la discipline hospitalière, etc.)

C'est pourquoi, augmenter l'efficacité –au moins sur le papier– peut se faire tout en dégradant la qualité réelle des soins effectivement pratiqués dans le service, contre les valeurs des soignants. La qualité des soins n'est pas totalement objectivable, mesurable, et les indicateurs ne peuvent en refléter qu'une portion, un aspect. Toute une partie de la baisse de qualité (moins d'écoute et d'empathie de la part des infirmières et médecins, moins de temps pour donner des conseils aux patients, moins de confort, etc.) restera invisible, même si elle peut avoir des effets négatifs à moyen terme (un patient qui se laisse mourir car il n'a pas le moral, un malade qui devra être ré-hospitalisé car il n'a pas bien suivi son traitement, etc.). Par contre, les coûts sont plus immédiatement appréhendables, donc mesurables. Une baisse de coût aura donc pratiquement toujours pour effet d'augmenter, sur le papier toujours, l'efficacité ; une part de la baisse de qualité qui en résulte n'étant pas visible à travers les indicateurs comptables. A l'inverse, une hausse des coûts peut sembler inefficace, d'une part parce que l'amélioration de la qualité en retour ne sera pas entièrement mesurée et d'autre part parce qu'elle entraînera une augmentation des attentes sociales et des exigences des patients (plus la médecine est performante, plus les malades et leurs familles attendent des miracles).

Les effets pervers potentiels des indicateurs d'activité et de qualité basés sur la performance sont nombreux. Tout d'abord, ils incitent les soignants à aller plutôt vers certains types de tâches (facilement mesurables) au détriment d'autres activités pourtant importantes dans le soin ; à privilégier le nombre au détriment de la qualité. La « durée moyenne de séjour » (DMS) devient un indicateur phare : il faut vider les lits, faire circuler les malades pour augmenter la productivité, quitte à renvoyer chez lui quelqu'un d'insuffisamment soigné ou qui n'a personne pour bien le prendre en charge, au risque d'avoir des complications à terme. Les directions cherchent à promouvoir les malades « rentables » (pathologies simples, personnes sans problèmes sociaux) à travers les « hôpitaux de jour » ou « de semaine » ; en espérant que les autres iront se faire soigner ailleurs : résultats, les soignants doivent alors parfois perdre des heures au téléphone pour caser un « mauvais » malade. Un autre exemple saisissant concerne l'indicateur « temps moyen d'attente aux urgences » : Dans les services d'urgence, le tri des malades se fait traditionnellement en faisant passer en priorité les cas les plus urgents médicalement. Or ces cas sont ceux qui mobilisent le plus de temps de personnel. Du coup, faire passer en premier les cas simples, rapidement traités (donc en plus grand nombre), est un moyen de baisser mécaniquement le « temps moyen d'attente et de passage aux urgences » qui est un des principaux indicateurs de la « qualité des soins ». L'existence de cet indicateur, les effets de *benchmarking*, les incitations financières, concourent à affaiblir l'emprise de la définition médicale de l'urgence dans certains établissements.

Ensuite, les indicateurs de « performance » poussent à une chasse aux soi-disant « temps morts » (transmissions, discussions informelles, rituels sociaux entre collègues et avec les patients) qui sont pourtant des moments de production (peu visibles) d'un cadrage de l'activité et de constitution de répertoires collectifs nécessaires à l'élaboration de repères collectifs, de normes morales pratiques partagées par le groupe. Les services où les agents ne parlent plus entre eux du travail par manque de temps ou de fait de la mauvaise ambiance qui y règne sont ceux où les plaintes de stress, la démotivation, sont les plus fortes. Enfin, les indicateurs qui résument l'activité à quelques aspects facilement mesurables, réduisent chez les soignants les « motivations intrinsèques » (plaisir du don de soi, du travail bien fait, de la relation avec les collègues et les malades) au profit des seules « motivations extrinsèques » (salaires, carrière, avantages divers...).

Ne pas prendre en compte et ignorer volontairement tout un ensemble d'efforts que font les soignants pour s'adapter aux difficultés et améliorer la qualité des soins ne peut que les pousser à la démotivation. Par exemple, dans un service de soins palliatifs en HAD (hospitalisation à domicile) dans lequel le passage aux 35 heures n'avait pas été accompagné d'embauches suffisantes, la surveillante avait proposé une nouvelle organisation horaire sensée permettre aux infirmières de voir plus de patients dans une même journée de travail. Précisé à la minute près, le planning ne tenait aucun compte des aléas éventuels (difficultés de circulation routière, brusque aggravation de l'état d'un malade, etc.) ni de la volonté de maintenir un bon niveau de contact humain avec les patients. Les infirmières qui prenaient du retard étaient accusées de « mal » travailler alors que celles qui bâclaient le travail étaient félicitées pour avoir tenu les délais.

La gestion par indicateurs a pour effet de placer les encadrant intermédiaires (cadres de santé) dans des situations impossibles. Ils se réfugient alors souvent dans leurs tableaux de bord et doivent mobiliser des sanctions indirectes pour imposer les réformes et pénuries à leur subordonnés (chantage affectif ou sur les vacances et formations...), ce qui est mal vécu par les uns comme par les autres. Cela augmente, par ailleurs, le travail administratif, de traçabilité au détriment du travail de terrain plus valorisant professionnellement. Ainsi, les infirmières passent pratiquement plus de temps à remplir des dossiers papier ou informatique qu'auprès des malades (Estryn-Behar). On assiste à une inflation de procédures et une fétichisation de celles-ci (« *écrivez ce que vous faites et faites ce que vous écrivez* » devient « *écrivez ce que vous n'avez plus le temps de faire* ») de plus en plus découplée de la réalité. Cela entraîne lassitude et perte de sens. Faire pour le mieux, suppose souvent des initiatives, des gestes et des attitudes non prescrits, non-programmés, non planifiés, mais cela n'est pas reconnu et se fait de façon clandestines, en dehors du temps de travail, parfois même dans la culpabilité.

Dans beaucoup d'hôpitaux, la maîtrise des coûts conduit à reporter sur les soignants la gestion quotidienne des files d'attentes, des pénuries, du tri des patients, ce qui peut parfois conduire à la maltraitance et va à l'encontre de leurs valeurs les plus profondes. Pour se protéger, certains soignants peuvent être amenés à se réfugier dans le respect formaliste des règles, le travail bâclé, les tâches administratives, dans un cercle vicieux bien décrit par les théories du *burn out*.

La façon dont les collectifs de travail définissent la situation, donnent un sens acceptable aux contraintes du métier, font face aux risques, s'en trouve perturbée. La perception de la tâche, des contraintes, dépend en effet du sens donné au travail, à la mission (définition du « vrai travail », des « tâches indues ») et des moyens disponibles. Par exemple dans les services de soins palliatifs, l'accompagnement des mourants peut être vécu comme une activité plus supportable, voire qui a du sens, car les soignants y ont du temps pour discuter ensemble des buts de leur travail (réussir un accompagnement vers une « mort apaisée »), des moyens (locaux adaptés, sélection des malades les plus adaptés au type d'accompagnement envisagé, etc.). D'un point de vue strictement comptable, les soins palliatifs sont peu « efficaces » (ils coûtent chers et les malades y meurent), même s'ils peuvent jouer un rôle humain de premier plan. Les services mobiles de soins palliatifs, qui n'ont pas les mêmes moyens que les services fixes et doivent collaborer avec des soignants qui vivent de fortes contraintes mesurent bien la façon dont les restrictions confrontent les équipes aux dilemmes éthiques et à la déshumanisation du malade.

Une vision comptable de l'efficacité peut entraver la construction d'un sens collectif partagé. Dans l'absolu, il est toujours possible d'en faire plus pour le malade ou sa famille et seul le collectif de travail permet de définir la bonne distance entre trop ou pas assez d'investissement dans le travail. Sans de tels repères, les soignants risquent vite de culpabiliser ou alors de se désinvestir pour éviter le risque d'épuisement émotionnel. D'autant que la reconnaissance sociale des efforts et investissements réalisés peut sembler imparfaite si seule une facette de l'activité est prise en

compte. Les formes informelles de régulation et de gestion des difficultés dans le travail, basées sur l'entraide, le don de soi (pour les collègues, les patients, la mission), sont remplacées par des régulations formelles, impersonnelles.

La recherche de la rentabilité peut conduire à supprimer les moments de débats sur le travail où se constitue une représentation partagée du beau travail, celui qui justifie de faire des efforts, valorise l'engagement de soi ; à réduire les échanges (d'information, de savoir faire, de valeurs, de coups de mains) nécessaires à une vraie coopération, au travail collectif, mais aussi à donner un sentiment de perte de sens du travail (« *on ne s'occupe pas de boîte de conserves* ») de reconnaissance insuffisante (« *tout ce qui compte pour la surveillante, c'est d'aller vite* »), de méfiance (« *comme si nous n'étions pas soucieuses de la qualité des soins sans qu'on nous le dise* »). Le passage des services traditionnels vers les « pôles » et les « départements » pour gérer la pénurie de soignant (plus « polyvalents », ils sont plus faciles à remplacer) casse les collectifs de travail existants, dévalorise les spécialisations, etc.

Pourtant, partir d'une définition partagée et négociée de la qualité des soins devrait permettre de concilier le bien être des soignants, la qualité des soins et une certaine efficacité dans les traitements, à condition de ne pas avoir une vision trop restrictive de l'activité. Qualité et efficacité ne sont pas forcément antinomiques. Le plaisir au travail découle du sentiment (intersubjectif) d'avoir bien fait son travail, de se sentir en accord avec ses collègues et sa hiérarchie de proximité, reconnu par ses patients. La qualité est donc une préoccupation spontanée des soignants, même si sa définition peut varier d'un service à l'autre. Les salariés, en général, ont à cœur de « bien » faire. Une bonne entente dans l'équipe, le fait d'échanger sur le travail, induit de meilleures relations avec les patients, de meilleurs soins. Des études ergonomiques montrent que des soignants (mais aussi des postières ou des policiers) qui font bien leur travail ne prennent pas forcément plus de temps que les autres, mais ils ne suivent pas un protocole imposé et peuvent mobiliser leur expérience.

Les mécanismes rapidement décrits ici à propos des soignants hospitaliers pourraient facilement être étendus à d'autres secteurs de l'action publique (travail social, éducation, police, etc.). Ces effets bénéfiques de la participation des salarié à la définition de la qualité comme les problèmes d'une évaluation strictement comptables sont connus depuis longtemps (comme le montre d'une certaine façon les travaux de l'école de relations humaines aux Etats-Unis dans les années 1930-40). On peut donc se demander pourquoi ils semblent aussi peu pris en compte par le haut management et les directions d'entreprise. Deux raisons au moins peuvent être avancées. La première est que la valorisation comptable à court terme de l'activité, qui est la règle dans les grandes organisations incite, comme nous l'avons vu, à ne pas tenir compte d'effets pervers ou de blocages peu visible des hautes sphères de décision, protégées de la complexité du réel par leurs outils de gestion et ne se manifestant qu'à moyen et long terme, à un moment où les décideurs occuperont d'autres postes (après moi le déluge !). Ensuite, la peur de perdre du pouvoir, le contrôle sur le terrain dont ils sont de plus en plus éloignés, dont ils maîtrisent de moins en moins les subtilités (par exemple quand un ancien industriel est nommé directeur d'une agence régionale d'hospitalisation sans jamais avoir travaillé dans le domaine sanitaire) pousse les dirigeants à réduire la marge de manœuvre, les zones d'incertitude, de leurs subordonnés. Il y a vingt ans, le directeur d'hôpital n'avait que peu de pouvoir et de prestige. Aujourd'hui, sa marge de manœuvre est augmentée par des outils de gestions qui s'imposent subrepticement comme des « évidences » aux différents acteurs (médecins, soignants) qui se trouvent peu ou prou obligés de les adopter, sauf à perdre des moyens pour leur service.

En guise de conclusion :

Cet exposé visait notamment à défendre le rôle des discussions informelles entre membres d'une même catégorie de métiers pour définir ensemble ce qu'il est bon, juste, acceptable de faire dans tel ou tel type de situations afin de ne pas se sentir seul face à des dilemmes éthique souvent difficiles,

d'avoir le plaisir de sentir que les valeurs auxquelles on croit et qui motivent nos efforts sont partagées par les autres, de reconnaître l'autre et de se faire reconnaître comme quelqu'un qui fait bien son travail. Les groupes de paroles parfois organisés de façon institutionnelle, souvent autour d'un intervenant « psy » pallier l'absence ou l'insuffisance de ce travail collectif quand il ne se fait pas ou plus spontanément.

Cet exposé souligne également l'importance des lieux où des formes d'échanges, évitant autant que possible les jugements de valeurs ou les mises en causes personnelles sont nécessaires pour échanger entre catégories de métier ne partageant pas forcément le même point de vue, les mêmes contraintes afin que chacun puisse faire entendre et reconnaître son point de vue, la valeur de son travail et de son engagement.

Les choix éthiques sous contraintes (notamment économiques), les priorités comme les limites à ce qui peut être fait (ou non) pour le malade, doivent être discutés publiquement, ouvertement, de façon à ne pas laisser les individus face à des dilemmes qui les dépassent, à ne pas les culpabiliser et les démotiver.

Lectures pour aller plus loin :

Norbert Alter, *Donner et prendre : La coopération en entreprise*, La Découverte, 2010.

Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, 2010.

Madeleine Estryn-Béhar, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, EHESP, 2008.

Marc Lorient, *La construction du social, Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*, PU Rennes, 2012.

Anne Paillet, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, 2007.